

Respuesta de Rehabilitación (Spanish Version)

**ESTE FORMULARIO DE RESPUESTA
RESPONDE A ASUNTOS PLANTEADOS
EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE
REHABILITACIÓN QUE FUE FIRMADO EL _____**

Escriba las fechas en el formato MM/DD/AAAA.

(fecha)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE LA LESIÓN		
NOMBRE DEL EMPLEADO	TELÉFONO (incluya el código de área)		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADO		ASEGURADOR / AUTOASEGURADOR / TPA	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	DIRECCIÓN DEL ASEGURADOR
NOMBRE DEL EMPLEADOR		CIUDAD	ESTADO
		CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE RECLAMACIONES	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	No. DE RECLAMACIÓN DEL ASEGURADOR
			TELÉFONO DEL ASEGURADOR
			EXT

INSTRUCCIONES:

- Se espera que todas las partes traten de resolver los asuntos ellos mismos, utilizando el Departamento del Trabajo y la Industria para resolver las disputas sólo cuando esos intentos fallen.
- Este formulario debe llenarse completamente.
- El nombre, el número de seguro social y la fecha de la lesión del trabajador lesionado deben escribirse en todos los documentos anexados.
- El asegurador debe presentar este formulario ante el Departamento del Trabajo y la Industria, y notificar este formulario a las otras partes, en el transcurso de 10 días desde la fecha de notificación de la Solicitud de Rehabilitación. Otras personas deben presentar este formulario ante el Departamento del Trabajo y la Industria, y notificarlo a todas las partes, en el transcurso de 20 días desde la fecha de notificación de la Solicitud de Rehabilitación.

ESTOY INTERESADO EN TRATAR DE RESOLVER LOS ASUNTOS INFORMALMENTE POR MEDIO DE MEDIACIÓN.
Para obtener más información, llame a la Unidad de Administración de Beneficios y Resolución al (651) 284-5032 o SÍ NO
al 1-800-342-5354.

1. ESTA RESPUESTA HA SIDO LLENADA POR:

- Empleado
 Abogado del empleado
 Empleador
 Asegurador/ Autoasegurador/TPA
 Abogado del asegurador
 QRC/Proveedor

2. RESPUESTA A LOS ASUNTOS PLANTEADOS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD (marque sólo los que correspondan)

a. Estoy de acuerdo en desacuerdo con la solicitud de consulta/servicios de rehabilitación.

SI SE ESTÁ ASIGNANDO UN QRC, DÉ EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN E INDIQUE QUIÉN SELECCIONÓ EL QRC.

NOMBRE	NOMBRE DE LA FIRMA	DIRECCIÓN	SELECCIONADO POR

b. Estoy de acuerdo en desacuerdo con la solicitud de cambiar de QRC.

c. Estoy de acuerdo en desacuerdo de que se debe cambiar el plan de rehabilitación.

d. Estoy de acuerdo en desacuerdo con la solicitud de capacitación/exploración de capacitación.

e. Estoy de acuerdo en desacuerdo de que el plan de rehabilitación debe darse por terminado.

f. Estoy de acuerdo en desacuerdo de que el plan de rehabilitación debe suspenderse.

g. Estoy de acuerdo Me niego a reembolsar al empleado por los gastos de rehabilitación.

h. Estoy de acuerdo Me niego a pagar las facturas solicitadas del QRC/proveedor. Adjunte una lista de los cargos por servicios disputados y las razones de la disputa.

i. Respuesta a "Otro":

USTED DEBE LLENAR EL No. 3 A CONTINUACIÓN SI ESTÁ EN DESACUERDO CON CUALQUIER PARTE DE LA SOLICITUD.

3. Explique por qué está en desacuerdo con la solicitud y por qué no debe concederse. Adjunte hojas adicionales si es necesario. Debe adjuntar informes médicos, informes del QRC/proveedor, u otros documentos que se necesiten para apoyar su opinión. Se podría tomar una decisión por escrito basada únicamente en la revisión de este formulario, sus documentos adjuntos, el archivo de la División de Compensación de Empleados por Accidentes en el Trabajo y el formulario de Solicitud de Rehabilitación.

4. Envíe una copia de este formulario con todos los documentos adjuntos a todas las partes, incluyendo al empleado, al empleador, al asegurador, al QRC/proveedor y a los abogados. Provea los nombres y las direcciones a continuación. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

He enviado una copia de este formulario y todos los documentos adjuntos a las partes indicadas en el No. 4 el _____ (fecha).

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA ESTA RESPUESTA	FIRMA				
DIRECCIÓN	No. DE REGISTRO DEL ABOGADO				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (incluya el código de área)	EXT	FECHA EN QUE SE FIRMÓ

CUANDO HAYA LLENADO ESTE FORMULARIO, ENVÍELO CON TODOS LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS A:

Benefit Management and Resolution Unit
 Workers' Compensation Division
 Department of Labor and Industry
 PO Box 64218
 St. Paul, MN 55164-0218

Los datos privados o confidenciales que usted suministre en este formulario se utilizarán para procesar su archivo de compensación de empleados por accidentes en el trabajo. Usted puede negarse a suministrar los datos, pero su solicitud podría demorarse o, bajo la Sección 176.275 de los Estatutos de Minnesota, el Departamento podría negarse a aceptar cualquier documento formal que no contenga información de identificación. Estos datos pueden suministrarse a los empleadores y los aseguradores de la fecha de lesión reclamada, al Departamento de Rentas Internas, al Departamento de Salud y a la Asociación de Reaseguro de Compensación de Empleados por Accidentes en el Trabajo. También pueden utilizarse en audiencias de compensación de empleados por accidentes en el trabajo y para investigaciones y estadísticas estatales.

Este material está a su disposición en diferentes formas, tales como letra grande, Braille o en cinta. Para solicitarlo, llame al (651) 284-5030 o al 1-800-342-5354 (DIAL-DLI)/Voz o TDD (651) 297-4198.

CUALQUIER PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR, RECIBA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DE EMPLEADOS POR ACCIDENTES EN EL TRABAJO A LOS QUE DICHA PERSONA NO TENGA DERECHO, HACIENDO A SABIENDAS DECLARACIONES FALSAS O ENGAÑOSAS O NO REVELANDO CUALQUIER HECHO ESENCIAL, ES CULPABLE DE ROBO Y SERÁ SENTENCIADA DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 609.52, INCISO 3.